Morte: uma visão psicossocial

Denise Stefanoni Combinato
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Paranaíba
Marcos de Souza Queiroz
Universidade Estadual de Campinas

Resumo

A morte faz parte do processo de desenvolvimento humano e está presente em nosso cotidiano. Diferentes profissionais – especialmente os profissionais da saúde – interagem com o processo de morte e morrer na sua atividade profissional. Entretanto, além de estarmos inseridos num contexto sócio-histórico de negação da morte, a formação profissional caracteriza-se pela ênfase nos aspectos teórico-técnicos. Considerando que a compreensão sobre a morte influencia na qualidade de vida da pessoa e também na maneira como ela interage na sua atividade profissional com o processo de morte e morrer, procuramos neste artigo fazer uma reflexão sobre os aspectos psicossociais envolvidos na morte, tendo em vista a sensibilização sobre a importância de discutir e refletir sobre a morte, considerando-a parte do desenvolvimento humano.

Palavras-chave: morte; desenvolvimento humano; psicologia; psicossocial; ciência

Abstract

Death: a psychosocial view. Death is part of the process of human development and it is present in our daily life. Different professionals–particularly health professionals–interact with the process of death and dying in their professional activity. However, in addition to being inserted in a social-historical context of death denial, their professional formation is characterized by the emphasis upon theoretical and technical aspects. The understanding of death influences on people's quality of life and also in the way professional activities related to death and dying are performed. In this article we present a reflection about death's psychosocial aspects, considering the importance of seeing death as part of the human development process.

Keywords: death; human development; psychology; psychosocial; science

Este artigo focaliza os principais estudos, em nível nacional e internacional, que constituem a área de investigação científica denominada tanatologia, que analisa a morte e o morrer da espécie humana. Além de uma preocupação com o estado de arte deste campo de estudo, o artigo traz também algumas incursões teóricas, como uma contribuição para delimitar e ampliar o desenvolvimento desse tipo de investigação.

Um pressuposto teórico fundamental desse artigo assume que, para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, relacionada tanto à psicologia como às ciências sociais. Enquanto tal, a morte apresenta-se como um fenômeno impregnado de valores e significados dependentes do contexto sócio-cultural e histórico em que se manifesta. A nossa preocupação, aqui, tem como foco principal a civilização ocidental, no interior da qual dois aspectos serão dirigidos, envolvendo o mundo medieval e a sociedade moderna contemporânea.

A área de estudos sobre a morte teve como um dos seus pioneiros o médico canadense William Osler (1849-1919). Na sua publicação de 1904, *A study of death*, são abordados os aspectos físicos e psicológicos da morte com o objetivo de minimizar o sofrimento das pessoas no processo de morte (Kovács, 2002).

Após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento da tanatologia intensificou-se. A obra de Feifel (1959), *The meaning of death*, ao buscar a conscientização sobre a morte em um contexto de proibição sobre o tema, constituiu um marco importante que caracterizou esse período (Kovács, 2002).

Na década de 1960, encontram-se os trabalhos da psiquiatra Kübler-Ross, realizados a partir de suas experiências profissionais com pacientes terminais. A obra *Sobre a morte e o morrer*, publicada em 1969, analisa os estágios pelos quais passam as pessoas no processo de terminalidade: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kübler-Ross, 1969/1998).

Segundo a autora, a externalização dos sentimentos pelo paciente e a compreensão desses afetos pelos que o acompanham são fundamentais para a sua aceitação. Essa compreen-

são significa evitar frases do tipo “não fique triste”, entendendo esta tristeza vinculada ao processo de perda de tudo, de todos e da própria vida pelo qual está passando o paciente. Apesar do processo de terminalidade, a autora ressalta que persiste em todos os estágios a esperança. E é justamente essa esperança que dá a sensação de que tudo deve ter um sentido e os fazem suportar. Isso não significa que os profissionais devam mentir. Deve-se apenas fazer sua a esperança do paciente.

No Brasil, merecem destaque os trabalhos de Wilma Torres que, em 1980, criou o programa pioneiro de *Estudos e Pesquisas em Tanatologia*, na Fundação Getúlio Vargas; os estudos de Maria Helena Pereira Franco, especialista na área e coordenadora do *Laboratório dos Estudos sobre o Luto*, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; além da professora Maria Júlia Kovács, do *Laboratório de Estudos sobre a Morte*, da Universidade de São Paulo (Kovács, 2002).

A morte na civilização ocidental

Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que ele imprime às coisas. Por isso, o significado da morte varia necessariamente no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas.

Para o homem ocidental moderno, a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada.

Nem sempre foi assim. Durante muitos séculos, por toda a Idade Média européia, a morte era entendida com naturalidade, fazendo parte do ambiente doméstico. Rodrigues (1995) analisa este contexto em que morte e vida interagiam indiferenciadamente no mundo das aldeias e cidades medievais. Nelas, os cemitérios geralmente ocupavam o centro da cidade, dominada pela presença da igreja católica. Enquanto os mortos socialmente importantes eram enterrados no interior da própria igreja, os menos importantes eram enterrados em um terreno ao lado. Já os que não possuíam dignidade social eram enterrados em uma vala comum, que permanecia permanentemente aberta. Neste espaço, a população transitava, fazia comércio, namorava, brincava e participava de festas. Os mortos não eram considerados, como hoje, presenças inoportunas, em completa oposição à vida.

Nesta mesma obra, Rodrigues descreve as chamadas festas macabras que ocorriam nessas praças-cemitérios, sempre acompanhadas de banquetes e bebedeiras, associadas à cultura pagã anteriormente hegemônica. Nessa ocasião, assumindo um significado de inversão ritual da ordem estabelecida, o deboche da estrutura de poder dominante aparecia como uma sombra lúdica e caótica, que contrastava com o mundo sério e ordenado do cristianismo. Como o carnaval, a tolerância a tais eventos pelo poder constituído permitia que em contraste com o caos, a ordem pudesse ser exercida.

A análise de Rodrigues prossegue no sentido de mostrar que, no mundo medieval, a relação com o corpo era aberta, expansiva, indisciplinada, transbordante e preguiçosa, muito diferente da relação fechada, contida e individualizada do mundo burguês, que transformou o corpo humano em instrumento de produção e de trabalho. Nesta transformação, o que causa, hoje, repugnância e temor, causava, no mundo medieval, riso, intimidade e familiaridade.

Com a emergência da modernidade, a fragmentação do amálgama indiferenciado das instituições medievais em várias esferas de domínio relativamente autônomas ocorreu em um processo de diferenciação institucional que, em sintonia com a análise de Parsons (1974), foi indispensável para a constituição da modernidade. Com o desenvolvimento do capitalismo, a partir do século XVIII, uma preocupação constante foi isolar, separar e impor um conhecimento especializado e uma disciplina institucional a tipos diferenciados de fenômenos. Excluir os mortos dos vivos, neste contexto, passou a ser um empreendimento fundamental. Uma forte preocupação, em toda a época de transição para a modernidade, foi colocar os mortos, juntamente com o lixo, cada vez mais longe do meio urbano e do convívio social.

Com o desenvolvimento das sociedades industriais e o desenvolvimento técnico e científico da medicina, a partir do século XIX, a visão da morte e a interação com o paciente moribundo modificaram-se ainda mais radicalmente. A revolução higienista radicalizou a separação entre vivos e mortos de tal modo que o convívio entre estas duas condições passou a ser visto como uma fonte extremamente importante de perigo, contaminação e doença.

A modernidade trouxe também uma mudança fundamental na maneira como o ser humano passou a ser compreendido. Em seu processo, emerge o ser humano individualizado que permitiu ao indivíduo pensar e sentir em si mesmo como um ser autônomo. É importante, nesse sentido, lembrar Habermas (1984), que mostra que tal condição é exclusiva da modernidade, não estando presente em qualquer contexto pré-capitalista.

Como já mencionamos, o desenvolvimento do capitalismo transformou o corpo humano em um instrumento de produção. Adoecer nesse contexto significa deixar de produzir, o que significa vergonha da inatividade, que deve ser oculta do mundo social (Pitta, 1999).

Tal condição é especialmente verdadeira entre as classes trabalhadoras, para quem a saúde identifica-se com a produtividade do corpo, e a doença como uma interrupção nesta produtividade, com a conseqüente ameaça à subsistência. Para as classes mais altas, a saúde pode ser percebida como capacidade de consumir e usufruir do prazer proporcionado pelo corpo (Boltanski, 1979).

Com o desenvolvimento do capitalismo e advento da modernidade, a morte, que estava presente na sala de visita, desloca-se para o hospital e, em alguns casos, para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em um ambiente isolado, com janelas fechadas, luz artificial, temperatura constante mantida pelo ar condicionado e equipamentos técnicos, os profissionais da saúde realizam procedimentos altamente sofisticados com pacientes que se encontram em situações limite entre a vida e a morte (Oliveira, 2002).

Em tal condição, o paciente é impedido de sentir e expressar suas emoções, destinado a um sofrimento solitário e discreto. Isso porque os profissionais – que lidam cotidianamente com a morte – não estão preparados para lidar com o indivíduo em sua plenitude enquanto ser humano dotado de emoções e valores. Baseada no paradigma positivista[1], a formação e atuação de profissionais na área da saúde tendem a lidar com a doença e a morte do ponto de vista estritamente técnico (Klafke, 1991; Kovács, 1991, 2002). Em outras palavras, o profissional da saúde é formado para curar a doença e não para lidar com a pessoa.

De acordo com Pitta (1999), o saber da equipe de saúde, voltado exclusivamente para soluções técnicas, exige uma atitude de negação da morte, na medida em que fornece poder ao profissional da saúde e ameniza o sentimento de impotência. Nesse sentido, o investimento nos recursos tecnológicos torna-se uma alternativa de prolongamento da vida do paciente para evitar não só o contato com a morte, mas a comunicação com a família e os sentimentos mais profundos do paciente.

Nesse contexto, nas palavras de Maranhão (1996), realiza-se a "coisificação do homem", na medida em que se nega "a experiência da morte e do morrer" (p. 19).

Assim, além de evitar o contato com a morte do outro, o profissional evita o contato com as suas próprias emoções em relação a (sua) morte e o (seu) morrer. A síndrome do esgotamento profissional, ou *burn out*[2], é apenas um exemplo a que está sujeito o profissional da saúde que lida com o sofrimento alheio, sem que esteja, muitas vezes, preparado para enfrentar tal situação (Seligman-Silva, 2003).

Por muitos séculos, a morte obedecia a um ritual que envolvia tanto a pessoa que ia morrer (que pressentia o seu fim), como parentes e amigos:

> A morte é uma cerimônia pública e organizada. Organizada pelo próprio moribundo, que a preside e conhece seu protocolo [...] Tratava-se de uma cerimônia pública [...] Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes. Levavam-se as crianças. (Ariès, 1975/2003, p. 34)

Nesse momento, tranqüilamente, o moribundo despedia-se das pessoas e designava com quem ficariam seus bens (Ariès, 1975/2003).

Após a morte, os familiares cuidavam para cumprir todos os costumes:

> fechavam as janelas, acendiam as velas, aspergiam água benta pela casa, cobriam os espelhos, paralisavam os relógios. Os sinos dobravam. [...] Com os dedos das mãos entrelaçados e envoltos por um rosário, o defunto ficava exposto sobre uma mesa e, durante dois ou três dias, seus parentes e amigos, com vestimentas de luto, desfilavam diante dele para o último adeus. (Maranhão, 1996, p. 8)

A espiritualidade e a religiosidade revelavam-se nos ritos e sacramentos da igreja antes (confissão, comunhão e extrema-unção) e após a morte (cortejo fúnebre, ritos de purificação e passagem conduzidos pelo sacerdote).

O processo de luto era rigorosamente seguido através das roupas pretas, da não participação na vida social, até que não acontecesse sua elaboração.

Atualmente, em nossa sociedade, a presença dos familiares, amigos e vizinhos junto ao moribundo deu lugar ao ambiente frio e isolado do hospital; os rituais de morte (extrema-unção, velório na casa da família, procissão fúnebre e manifestações de luto) foram substituídos pelas organizações funerárias, em que o ambiente é neutro e higiênico; pelos cortejos fúnebres rápidos e discretos; pelo autocontrole do indivíduo enlutado, que não pode expressar verdadeiramente suas emoções, a fim de não perturbar outras pessoas com algo tão mórbido (Ariès, 1975/2003; Maranhão, 1996).

Nesse sentido, a adoção de práticas como a cremação tem sido cada vez mais utilizada. Além das razões higiênicas e ecológicas, ela é uma maneira de esconder a própria morte. Nas palavras de Ariès (1975/2003), ela se apresenta "como a maneira mais radical de fazer desaparecer e esquecer tudo o que resta do corpo, de anulá-lo" (p. 88).

O que era vivenciado como um evento familiar passou a ser objeto de vergonha, proibição e repugnância. Na terminologia utilizada por Ariès (1975/2003), a morte *domada* que existiu até a metade do século XIX foi substituída pela morte *interdita*.

A desigualdade na morte

> E somos Severinos
> Iguais em tudo na vida, morremos de morte igual,
> da mesma morte, severina: que é a morte de que se morre
> De velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte,
> De fome um pouco por dia (de fraqueza e de doença
> É que a morte severina ataca em qualquer idade,
> E até gente não nascida).
> João Cabral de Mello Netto, *Morte e Vida Severina*

Apesar de a morte ser o destino de todas as pessoas indiscriminadamente, a duração da vida e a maneira de morrer são diferentes: dependem da classe socioeconômica em que a pessoa está inserida.

Atualmente, a esperança de vida ao nascer da população brasileira é de 71,7 anos. Entretanto, comparando esse índice entre as regiões do país, constata-se uma diferença de 5,65 anos entre sul (73,95) e nordeste (68,3) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, 2006).

A diferença em relação à mortalidade infantil é ainda mais gritante, pois, enquanto nas regiões sul e sudeste, a taxa de mortalidade infantil é de 17,8 e 19,5; nas regiões norte e nordeste é de, respectivamente, 27,4 e 39,5. Ainda é possível comparar a taxa de mortalidade infantil por raça ou cor das mulheres: na região nordeste, a taxa de mortalidade infantil em mulheres brancas é de 33,6; enquanto em mulheres pretas e pardas é de 46,5 (IBGE, 2006).

A desigualdade continua mesmo após a morte. Até o século XVIII, existia a crença de que se a pessoa fosse enterrada próxima aos túmulos dos santos ou de suas relíquias, perto do altar ou no claustro do mosteiro, o defunto tinha

uma intercessão especial dos santos e a garantia da salvação. Como esses espaços não comportavam todos os mortos, eles eram reservados àqueles que podiam pagar por esse fim. Enquanto isso, os mais pobres eram envolvidos num sudário simples e amontoados em fossas que continham entre 1200 a 1500 cadáveres, sendo fechadas após anos quando ficavam cheias. Assim, "os defuntos (pobres) conservavam o seu silencioso anonimato de quando ainda eram vivos" (Maranhão, 1996, p. 31).

A partir da segunda fase da Idade Média, apenas a localização e o tipo de sepultura não garantiam a vida eterna. O testamento, que era destinado à regulamentação da partilha dos bens, torna-se um *contrato de salvação*. Por meio dele,

> o fiel confessava a sua fé, reconhecia seus pecados, reconciliava-se com a comunidade; determinava o local de sua sepultura, prescrevia as questões relativas ao seu cortejo fúnebre, luminárias e cultos, e, enfim, pagava à Igreja um dízimo sobre o valor de sua herança. (Maranhão, 1996, p. 32)

Dessa maneira, a pessoa garantia a sua salvação no céu, recebia missas e preces de intercessão, além de um cortejo fúnebre seguido por círios, tochas e trinta e três pobres (anos de vida de Cristo) que recebiam donativos e esmolas.

Atualmente, percebemos a diferença de classes entre os mortos na configuração geográfica do cemitério: de um lado, bairros pobres com sepulturas planas e mal-acabadas; de outro, bairros ricos com verdadeiros monumentos escritos com letras de bronze. Os enterros seguem a mesma lógica: alguns são velados nas próprias casas – não por opção, mas por não ter condições financeiras de alugar uma sala de velório; outros recebem anúncios fúnebres em jornais, recebem dezenas de coroas de flores, são acomodados em "caixões artisticamente talhados [...] revestidos em cetim almofadado" (Maranhão, 1996, p. 38).

Assim, o cemitério caracteriza-se como um reflexo da nossa sociedade dividido por classes e propriedades.

Morte em vida

Algumas experiências vivenciadas ao longo do desenvolvimento humano apresentam analogia com a idéia de morte: separação, desemprego, doença e, até mesmo, acontecimentos que trazem alegria, mas que provocam algum tipo de ruptura.

A separação pode ser vivenciada através de vários tipos de experiências, desde a separação com a figura materna até a separação de namorados e de casais. Ela envolve aspectos semelhantes ao luto; a diferença é que, na situação de luto, houve a morte concreta de alguém, enquanto, na separação, não. Apesar disso, "é preciso matar o outro dentro de si" (Kovács, 1996, p. 14).

Segundo Kovács (1996, p. 15), "o risco da separação depende da possibilidade de se perder, junto com o perdido, o significado da vida". É preciso, nesse momento, construir uma nova vida – agora, sem o outro; o que significa elaborar a perda, retomar as atividades cotidianas, investir em novas relações.

A doença também é um tipo de morte. Em outras épocas, a doença teve uma fase glamourosa (por exemplo: a tuberculose): "a doença era vista como um refinamento, o sofrimento dignificando o homem" (Kovács, 1996, p. 21). Atualmente, ela é vista como fraqueza e punição, tendo em vista a interrupção à produção. De qualquer forma, a doença coloca o indivíduo em contato com sua fragilidade e finitude; ou seja, ele é afastado das suas atividades rotineiras, pode sofrer paralisias, mutilações, enfrenta muitas vezes a dor ao longo do tratamento e percebe-se enquanto ser mortal.

Ao longo do processo de desenvolvimento, convive-se com os pólos vida e morte. A passagem de cada fase de vida (infância, adolescência, vida adulta e velhice) caracteriza-se, segundo Kovács (1996), por um processo de morte simbólica ou morte em vida, na medida em que se perde características e atividades de uma fase para iniciar uma outra e atingir, assim, uma nova vida.

Uma outra possibilidade de morte em vida está relacionada à ausência de poder e controle sobre si e sobre a realidade. Em pesquisa sobre o desenvolvimento da consciência em mulheres moradoras de uma favela, Sawaia (1995) analisa que "desde pequenas, essas mulheres sofrem a falta de amparo externo real (falta de controle absoluto sobre o que ocorre) e a falta de amparo subjetivo (falta de recursos emocionais para agir)" (p.158). Se, por um lado, elas vivenciam a miséria e a dor pelas condições de vida, por outro, desenvolveram a consciência de que nada podem fazer para mudar essa situação, caracterizando um estado de apatia e tristeza passiva ou, como elas denominam, o *tempo de morrer*.

Assim, pode-se afirmar que existem várias "mortes" em vida. Embora não ocorra a morte concreta, essas experiências possibilitam a reorganização e a ressignificação da vida.

O processo de luto é um outro exemplo de morte em vida que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda. Falar de perda significa falar de vínculo que se rompe, ou seja, uma parte de si é perdida; por isso, fala-se da morte em vida.

A expressão de sentimentos, nessas ocasiões, é fundamental para o desenvolvimento do processo de luto. De acordo com os estudos de Bowlby (1970/1997), existem quatro fases do luto que, embora diferenciem na intensidade e duração em cada indivíduo, no geral, seguem um padrão básico: (1) fase de torpor ou aturdimento, com duração de algumas horas ou semanas, que pode vir acompanhada de manifestações de desespero ou raiva; (2) fase de saudade e busca da figura perdida, que pode durar meses ou anos, quando ocorre o impulso de buscar e recuperar o ente querido, podendo a raiva estar presente quando se percebe de fato a perda; (3) fase de desorganização e desespero, em que as manifestações mais freqüentes são o choro, a raiva, as acusações envolvendo pessoas próximas – uma profunda tristeza é sentida quando ocorre a constatação da perda como definitiva, podendo ocorrer a sensação de que nada mais tem valor; e (4) fase de organização, em que existe a aceitação da perda e a constatação de que uma nova vida precisa ser iniciada. A saudade, a necessidade do outro e a tristeza podem retornar mesmo nessa fase, uma vez que o processo de luto é gradual e nunca totalmente concluído.

Os determinantes do resultado do processo de luto estão relacionados aos seguintes fatores: identidade e papel da

pessoa que foi perdida; tipo de vínculo existente; causas e circunstâncias da perda (por exemplo: morte prematura, morte violenta, mortes múltiplas, mortes que geram culpa); idade, gênero, religião e personalidade do enlutado; contexto sócio-cultural e psicológico que afeta o enlutado, na época e após a perda (exemplo: apoio social); além de estresses secundários (mudanças e crises concomitantes que ocorrem após a morte) (Parkes, 1998).

É evidente que a aproximação psicológica que puder incluir tais circunstâncias contextuais, envolvendo uma aproximação interdisciplinar, terá meios de intervenção mais adequados para lidar com a situação. É evidente também que tal aproximação exige uma perspectiva mais integradora, centrada no paciente e não no problema ou na doença. Um novo paradigma científico necessita ser consolidado para dar suporte a esta perspectiva, aspecto este que será mais bem discutido no próximo tópico.

A ciência e a morte

Para entender o foco que a sociedade ocidental moderna projeta sobre a morte é interessante trazer à tona o princípio histórico e cultural a ele subjacente, através do desenvolvimento da ciência moderna e, em seu interior, do paradigma científico hegemônico, o positivismo mecanicista.

O modelo de ciência hegemônico em nossos dias teve origem no século XVII com Descartes, um filósofo que visualizou um método de ciência com princípios fundamentais baseado na estrutura matemática. Entendendo a natureza como uma máquina perfeita, governada por leis matemáticas, sua finalidade era indicar o caminho para se chegar à verdade científica (Capra, 1982).

O aspecto fundamental do método de Descartes é a dúvida metódica, a partir da qual tudo deve se submeter, com a exceção do pensamento, a única base que não é passível de dúvida. Portanto, *cogito, ergo sum* (penso, logo existo). A partir daí, Descartes desenvolve o método analítico, que consiste em decompor o objeto de estudo em partes para, em seguida, organizá-lo em sua ordem lógica e matemática.

Para Capra (1982), esse método tem sua utilidade principalmente no desenvolvimento de teorias científicas e na construção de projetos tecnológicos. Entretanto, "a excessiva ênfase dada ao método cartesiano levou à fragmentação da realidade, característica do nosso pensamento em geral e das disciplinas acadêmicas modernas, e levou à atitude generalizada de reducionismo da ciência" (p. 55).

Essa fragmentação atingiu o corpo humano. Antes de Descartes, a medicina preocupava-se com a interação corpo e alma, tratando as pessoas no contexto social e espiritual. Com a divisão entre corpo e mente, além da comparação do corpo humano a uma máquina, os médicos passaram a se concentrar no corpo, descuidando dos aspectos psicológicos, sociais e culturais da pessoa.

Apesar dos avanços científicos, do surgimento de novos métodos e do conhecimento obtido a respeito do processo saúde/doença enquanto determinação sócio-histórica, o paradigma cartesiano ainda prevalece. Continua-se exercendo um modelo clínico-biologicista, em que a doença é caracterizada pelo biológico, sintetizando assim o denominado modelo biomédico:

> O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado [...] Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano. (Capra, 1982, p. 116)

Se a medicina contemporânea negligencia os aspectos psicossociais do processo saúde-doença, o que dizer sobre a sua concepção de morte?

Vigotski (1996) afirma que a ciência assimilou muito bem o conceito de vida, mas não conseguiu explicar o de morte:

> A morte é interpretada somente como uma contraposição contraditória da vida, como a ausência da vida, em suma, como o não-ser. Mas a morte é um fato que tem também seu significado positivo, é um aspecto particular do ser e não só do não-ser; é um certo algo e não o completo nada. (p. 265)

A explicação da ciência sobre a morte (ou sobre o *não-ser*) está situada na perspectiva biologicista do modelo biomédico, ou seja, "a morte consiste, simplesmente, na paralisação total da máquina-corpo" (Capra, 1982, p. 138).

Assim, profissionais de saúde são formados para lidar tecnicamente com os fenômenos da doença e da morte. Ou seja, o profissional é formado para curar a doença, combater a morte; e não para lidar com a pessoa doente ou a pessoa que está morrendo.

Uma perspectiva que surge como uma alternativa a esse modelo é a abordagem dos cuidados paliativos. Diferentemente do paradigma de cura da ciência médica, os cuidados paliativos valorizam a qualidade de vida do paciente e, por isso, têm como princípio fundamental o cuidado integral e o respeito à autonomia do paciente em relação ao processo de morrer.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado paliativo é uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de problemas relacionados a doenças terminais. Isso é feito através da prevenção e do alívio do sofrimento pelo diagnóstico precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (World Health Organization-WHO, s.d.).

Atender a solicitação do paciente, através de uma maior humanização no tratamento e no cuidado, poderá tornar o processo de morte menos angustiante e mais digno para o paciente e, ao mesmo tempo, trazer maior conforto ao profissional que freqüentemente sente-se frustrado com a percepção de "derrota" diante da morte (Schramm, 2002; Siqueira-Batista & Schramm, 2004).

Os cuidados paliativos têm como objetivo, de acordo com a OMS: (1) promover o alívio da dor e outros sintomas de angústia; (2) afirmar a vida e considerar a morte como um

processo natural; (3) não apressar nem postergar a morte; (4) integrar os aspectos espirituais e psicológicos no cuidado do paciente; (5) oferecer um sistema de suporte que ajude o paciente a viver ativamente tanto quanto possível até sua morte; (6) oferecer um sistema de suporte para ajudar no enfrentamento da família durante a doença do paciente e (7) utilizar uma equipe profissional para identificar as necessidades dos pacientes e de suas famílias, incluindo a elaboração do luto, quando indicado.

Para o efetivo desenvolvimento dos cuidados paliativos, McCoughlan (2004) afirma que, além do compromisso do governo e da provisão de medicamentos essenciais ao tratamento, é fundamental a educação em cuidados paliativos. Essa educação, segundo a autora, envolve a formação de pacientes, familiares, comunidade, administradores da saúde, responsáveis por políticas públicas e, finalmente, os profissionais da saúde.

Apesar da necessidade de implantar tais unidades, devemos ressaltar que os cuidados paliativos constituem uma filosofia de cuidado da pessoa. Esse cuidado, nas palavras de Pessini (2004), deve promover "o bem-estar global e a dignidade do doente crônico e terminal e sua possibilidade de não ser expropriado do momento final de sua vida, mas de viver a própria morte" (p. 204).

Considerações finais

Este estudo mostra que a morte é um fenômeno complexo, com implicações profundas, que deve ser compreendida através de uma perspectiva multidisciplinar.

Sem a pretensão de encerrar ou discorrer sobre todas as perspectivas desse fenômeno, discutimos, nesse artigo, uma perspectiva psicossocial da morte, com destaque para o desenvolvimento histórico da morte no mundo ocidental, os diferentes tipos de morte no contexto social e psicológico, e os cuidados paliativos como uma filosofia de cuidado da pessoa em processo de terminalidade.

Finalizando essa discussão sobre os aspectos psicossociais da morte, faz-se necessário acrescentar a análise que Vygotski (1931/1995; Vigotski 1934/2000) faz sobre o desenvolvimento psicológico do ser humano. De acordo com a psicologia sócio-histórica, referencial teórico que tem como principal representante o psicólogo soviético Vygotski, o desenvolvimento psicológico está relacionado ao desenvolvimento histórico e social da espécie. Assim, as funções biológicas dão condições para o desenvolvimento, mas por si só não garantem a apropriação da cultura e o desenvolvimento das funções psíquicas superiores (pensamento e linguagem, por exemplo) – funções tipicamente humanas. O desenvolvimento humano, portanto, é uma construção histórica e social; dá-se ao longo da vida do indivíduo a partir de sua intervenção no meio (atividade) e da relação com outros homens.

No entanto, essa apreensão do mundo externo não acontece passivamente como mero reflexo do meio. A constituição do fenômeno psicológico se faz numa relação dialética com o mundo social.

No caso da morte, em cada tempo e cultura existe um significado atribuído a ela. Inicialmente, esse significado é externo ao indivíduo, pertencendo à cultura. À medida que esse significado é internalizado, transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo. E assim, o significado externo adquire um sentido pessoal para o indivíduo. Em outras palavras: os conteúdos externos presentes na realidade objetiva têm significados construídos socialmente por outras gerações, outros homens. Através da atividade e das relações sociais que se estabelece com o meio, o indivíduo internaliza esses conteúdos e significados a partir de sua própria experiência e história de apropriações (ou seja, sua subjetividade). Dessa maneira, o conteúdo que tinha um significado externo passa por uma mediação psíquica e adquire um sentido pessoal, singular, único para cada pessoa.

Assim, quando discutimos sobre a dificuldade dos profissionais da saúde em lidar com o paciente terminal em sua integralidade, devemos analisar essa dificuldade no seu processo de construção, na sua historicidade e na sua essência; processo esse que vai além de uma experiência imediata e da história individual desse profissional. O sentido adquirido sobre a morte e a maneira como o profissional da saúde interage com o paciente no processo de terminalidade não é algo natural. Se olharmos isoladamente uma interação, na sua aparência e não na essência, tendemos a classificá-la como natural pelo seu caráter automático e mecânico como acontece. Entretanto, Vygotski (1931/1995) alerta para o problema desse comportamento "fossilizado" (p. 105) e defende a necessidade de analisarmos os fenômenos psicológicos além das características perceptíveis e da experiência imediata. É preciso, portanto, entendermos o sentido e o fazer do profissional a partir do significado de morte atribuído pela cultura, assim como a influência dessa cultura na sua formação profissional.

Parkes (1998) relata que, em uma pesquisa comparativa desenvolvida por Burgoine (1988), entre um grupo de viúvas da Inglaterra e das Bahamas, essas últimas, que vivem numa cultura em que as manifestações de luto são incentivadas, apresentam melhores condições de saúde e menos problemas psicológicos em relação às mulheres da Inglaterra.

Assim, considera-se fundamental para o estudo da morte, a compreensão da subjetividade em sua totalidade, a partir de seu movimento, contradições e historicidade. Isso significa compreender o processo histórico que constituiu e constitui o fenômeno em estudo (historicidade); a busca da sua essência, a fim de conhecer sua gênese e suas relações dinâmico-causais; a captação do movimento, as contradições e a transformação do objeto de estudo.

Num contexto em que o ser humano é fragmentado e a morte é deslocada para o hospital, compreender a subjetividade no processo de morrer exigiria um esforço por parte da educação formal no sentido de humanizar e considerar a integralidade do cuidado para, com isso, tornar os profissionais da saúde mais aptos a lidar com este fenômeno que é, ao mesmo tempo, físico, psíquico e social.

Vários estudos mostram que a humanização da morte e do processo de morrer é uma condição que poderia repercutir

positivamente não só para o doente como também para o profissional da saúde (Esslinger, 2003; Kovács, 2002; Saloum & Boemer, 1999; Vianna & Picelli, 1998).

Sabe-se que existem alguns cursos de formação de profissionais da saúde no Brasil que oferecem disciplinas sobre a morte e o morrer (Kovács, 2002). No entanto, não existe uma preocupação com o fortalecimento pessoal do futuro profissional para o enfrentamento da morte (Bromberg, 1998). É muito provável que a ausência dessa preocupação esteja levando muitos desses profissionais à síndrome de *burn out*, como já discutido anteriormente.

Um dos fatores estressantes associados à prática do profissional da saúde é justamente o contato intenso e freqüente com a dor, o sofrimento, a morte e o morrer (Benevides-Pereira, 2002b), principalmente quando o profissional não está preparado para lidar com tais circunstâncias. Tal condição tem sido descrita como penosa, difícil e altamente ansiogênica (Combinato, 2005; Kovács, 2002; Lopes, 2003; Pitta, 1999). Por isso, o cuidado com o cuidador – seja na formação acadêmica e/ou durante a atuação prática – é fundamental para o exercício profissional (Combinato, 2005; Combinato, Lunardelli, & Garbulho, 2003; Esslinger, 2003; Kovács, 2002; Lopes, 2003; Lopes, Combinato & Reali, 2004; Rodrigues & Braga, 1998; Saloum & Boemer, 1999).

A falta de preocupação sistemática com a saúde do cuidador profissional tem sido apontada na literatura como o principal fator que leva o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, a desenvolver distúrbios psicoemocionais, tentativas de suicídio, altas taxas de absenteísmo, além da síndrome de *burn out* (Benevides-Pereira, 2002a). O suicídio entre médicos é superior ao da população, o que pode ser verificado em todo o mundo (Meleiro, 1998).

A implantação de programas de capacitação e cuidado aos profissionais, assim como o estabelecimento de políticas públicas que priorizem os princípios dos cuidados paliativos no processo de morte e morrer, poderá beneficiar tanto os profissionais como pacientes e familiares.

Tais iniciativas de humanizar tanto o adoecimento como as atividades do cuidador profissional encontram no paradigma mecanicista da medicina um forte opositor. Como é demonstrado por Queiroz (2003), este paradigma manifesta-se em associação íntima com a dimensão positivista da ciência, que influencia fortemente o sistema educacional. Este, por sua vez, referenda uma atitude em que a morte se manifesta, como vimos, de um modo técnico e "higienizado" de qualquer aspecto emocional e simbólico.

O desenvolvimento do saber humano, no entanto, apresenta, no mundo contemporâneo, a possibilidade de transcender o paradigma positivista mecanicista a partir de uma perspectiva integradora, que permita o diálogo entre as várias especialidades conquistadas ao longo do desenvolvimento histórico da ciência. De acordo com Habermas (1984), tal transcendência teria necessariamente um caráter integrador que, sem negar as conquistas do positivismo, tentaria resgatar um sentido novo de totalidade, com um reconhecimento implícito de que, como pretendia Husserl, a realidade é inevitavelmente constituída por uma projeção humana sobre o fenômeno.

Um aspecto importante da postura de Habermas e que nos interessa aqui mais especificamente diz respeito ao inevitável isolamento do ser humano no contexto de modernidade radical de nossos dias. À medida que as dimensões do sistema social tornam-se mais abstratas e impessoais, as decisões passam a ser tomadas por especialistas e o indivíduo perde competência comunicativa de controlar e participar das condições que influenciam a sua própria vida. Em última instância, tal distorção pode significar a perda da capacidade de compreender e de se comunicar com o mundo.

É evidente que, neste novo paradigma, o papel de humanizar o desenvolvimento da ciência traria às Ciências Humanas um papel mais destacado.

No caso mais específico da morte e do morrer, tendo em vista este novo paradigma, caberia à Psicologia reintroduzir, através de uma aproximação científica, os aspectos emocionais e simbólicos presentes na manifestação desse fenômeno. Somente assim poderia a Psicologia contribuir com uma assistência de melhor qualidade ao indivíduo, à sociedade e ao ser humano diante da experiência da morte.

Referências

Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente* (P. V. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Ediouro. (Texto original publicado em 1975)

Benevides-Pereira, A. M. (2002a). As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao burnout. In A. M. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 133-156). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Benevides-Pereira, A. M. (2002b). O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças. O burnout em um grupo de médicos. In A. M. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 105-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Boltanski, L. (1979). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.

Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3ª ed., A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Texto original publicado em 1970)

Bromberg, M. H. P. F. (1998). Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe, pacientes e famílias. In M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver* (pp. 186-231). São Paulo: Summus.

Capra, F. (1982). *O ponto de mutação.* São Paulo: Cutrix.

Combinato, D. S. (2005). *Concepção de morte e atuação de profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva: implicações educacionais.* Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Combinato, D. S., Lunardelli, M. C. F., & Garbulho, N. F. (2005). Re-orientação profissional: ressignificando a prática médica no serviço público de saúde. In M. C. P Lassance, A. C. Pardiso, M. P. Bardagi, M. Sparta, & S. L. Frischenbruder (Orgs.), *Intervenção e compromisso social: orientação profissional: teoria e técnica* (Vol. 2, pp. 337-358). São Paulo: Vetor.

Esslinger, I. (2003). *O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? ... um estudo acerca do morrer com dignidade*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action*. Boston: Beacon.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006). *Estudos & Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica*: Número *17.* Recuperado em 10 de outubro de 2006, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2005/indic_sociais2005.pdf.

Klafke, T. E. (1991). O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In R. M. S. Cassorla (Org.), *Da morte.* (pp. 25-49). Campinas: Papirus.

Kovács, M. J. (1991). Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In R. M. S. Cassorla (Org.), *Da morte*. (pp. 79-103). Campinas: Papirus.

Kovács, M. J. (1996). A morte em vida. In M. H. P. F. Bromberg, M. J. Kovács, M. M. M. J. Carvalho, & V. A. Carvalho (Orgs.), *Vida e morte: laços da existência* (pp. 11-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2002). *Educação para a morte: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação.* Tese de livre-docência não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer* (P. Menezes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Texto original publicado em 1969)

Lopes, A. A. (2003). *Formação e práticas de profissionais da saúde em interação com pacientes oncológicos.* Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Lopes, A. A., Combinato, D. S., & Reali, A. M. M. R. (2004). Desenvolvimento e aprendizagem profissional de agentes educacionais: um estudo que envolve a área da saúde. In A. Silva, A. Abramowicz, & M. Bittar (Orgs.), *Educação e pesquisa: diferentes percursos, diferentes contextos* (pp. 289-308). São Carlos: RiMa.

Maranhão, J. L. S. (1996). *O que é morte*. São Paulo: Brasiliense.

McCoughlan, M. (2004). A necessidade de cuidados paliativos. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.), *Humanização e cuidados paliativos* (pp. 167-180). São Paulo: Loyola.

Meleiro, A. M. A. S. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *44*(2), 135-140.

Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco.

Oliveira, E. C. N. (2002). O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *22*(2), 30-41.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (M. H. F. Bromberg, Trad.). São Paulo: Summus.

Parsons, T. (1974). *O sistema das sociedades modernas*. São Paulo: Pioneira.

Pessini, L. (2004). A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.), *Humanização e cuidados paliativos.* (pp. 181-208). São Paulo: Loyola.

Pitta, A. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.

Queiroz, M. S. (2003). *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru, SP: Edusc.

Rodrigues, J. C. (1995). *Higiene e ilusão*. Rio de Janeiro: Nau.

Rodrigues, J. V., & Braga, E. N. (1998). Programa Cuidando do Cuidador em Fortaleza, Ceará. In M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver*. (pp. 52-61). São Paulo: Summus.

Saloum, N. H., & Boemer, M. R. (1999). A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *7*(5), 109-119.

Sawaia, B. B. (1995). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.), *Novas veredas da psicologia social* (pp. 157-168). São Paulo: Brasiliense; EDUC.

Schramm, F. R. (2002). Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *48*(1), 17-20.

Seligmann-Silva, E. (2003). Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In R. Mendes (Org.), *Patologia do trabalho* (2ª ed. atual. e ampl.; pp. 1142-1182). São Paulo: Atheneu.

Siqueira-Batista, R., & Schramm, F. R. (2004). Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, *9*(1), 31-41.

Vianna, A., & Piccelli, H. (1998). O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Revista da Associação Medicina do Brasil*, *44*(1), 21-27.

Vigotski, L. S. (1996). *Teoria e método em psicologia* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Vigotski, L. S. (2000). *A construção do pensamento e da linguagem* (P. Bezerra, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Texto original publicado em 1934)

Vygotski, L. S. (1995). Análisis de las funciones psíquicas superiores. In Vygotski, L. S. *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores: Obras escogidas III* (L. Kuper, Trad.; pp. 97-120). Madri: Visor Distribuciones. (Texto original publicado em 1931)

World Health Organization. (s.d.). *Who definition of palliative care.* Recuperado em 16 de novembro de 2004, de http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

Notas

[1] O paradigma positivista, próprio da ciência moderna, deriva das concepções de Descartes e de Newton, que procuravam a busca da verdade através da objetividade e neutralidade metodológica. Nesta concepção, tanto o mundo natural como humano são regulados por leis naturais. Descartes criou a dicotomia corpo e mente, sendo o corpo humano comparado a uma máquina que tem funcionamento mecânico. Da mesma maneira, Newton concebeu o universo como um relógio, cujo funcionamento pode ser desvendado. Na área da saúde, esse paradigma se reflete na concepção de saúde e doença como algo biológico-natural e na valorização excessiva da intervenção tecnológica como meio de erradicar as doenças e promover saúde (Capra, 1982; Minayo, 2000; Queiroz, 2003).

[2] *Burn out*: padrão de comportamento e sentimentos que ocorre quando a pessoa está sujeita a fontes crônicas e intensas de estresse emocional que ultrapassam sua habilidade de enfrentamento. Uma das conseqüências mais acentuadas de um estado de *burn-out* crônico é o da barreira que ele impõe entre o profissional e o paciente, ou seja, quanto mais sofrimento o paciente apresenta, mais indiferente o profissional parece se tornar.

Denise Stefanoni Combinato, psicóloga, mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas, é professora assistente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Paranaíba. Endereço para correspondência: Avenida Major Francisco Faustino Dias, 148, apto. 16; Paranaíba, MS; CEP 79500-000. Tel.: (67) 3668-4348. E-mail: denisecombinato@hotmail.com
Marcos de Souza Queiroz, doutor em Sociologia pela Universidade de Manchester, é pesquisador do Centro de Memória da Universidade Estadual de Campinas e professor do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: msq44@uol.com.br ou msq@unicamp.br

Recebido em 08.abr.05
Revisado em 10.abr.06
Aceito em 19.jun.06